

Кулініч Галини Василівни

СКАРГА/ПОВІДОМЛЕННЯ
про наявність фактів академічного плагіату та фальсифікації результатів
у кандидатській дисертації **ПИЛИПЕНКА Сергія Олександровича**

Керуючись пп. 2-4 «Порядку розгляду скарг/повідомлень щодо фактів академічного плагіату, фабрикації, фальсифікації», затвердженим на засіданні Національного агентства із забезпечення якості вищої освіти 24 жовтня 2023 р. (протокол № 16 (45)), повідомляю про факти академічного плагіату в кандидатській дисертації **ПИЛИПЕНКА Сергія Олександровича**:

Пилипенко Сергій Олександрович. Інтенсивна терапія порушень нейро-кардіо-гемодинаміки у онкологічних хворих з синдромом верхньої порожнистої вени.: к. мед. н.: спец. 14.01.30 – Анестезіологія та інтенсивна терапія: захищена 2018-12-18; Державна установа «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва АМН України». – 0419U001055.

Захист дисертації Пилипенка С.О. відбувся 18 грудня 2018 р. на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 64.600.02 при Харківському національному медичному університеті МОЗ України.

Дисертація і автореферат Пилипенка С.О. оприлюднені у вільному доступі на офіційному сайті Національного репозитарію академічних текстів за лінком: <https://nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0419U001055/>

У теперішній час Пилипенко С.О. працює у Державній установі «Інститут медичної радіології та онкології ім. С. П. Григор'єва Національної академії медичних наук України» (м. Харків).

У «Рекомендаціях щодо запобігання академічному плагіату та його виявлення в наукових роботах (авторефератах, дисертаціях, монографіях, наукових доповідях, статтях тощо)» (Лист МОНУ №1/1 1-8681 від 15.08.2018 р.) зазначається наступне:

п. 1.2. **Академічний плагіат** – оприлюднення (частково або повністю) наукових (творчих) результатів, отриманих іншими особами, як результатів власного дослідження (творчості) та/або відтворення опублікованих текстів (оприлюднених творів мистецтва) інших авторів без зазначення авторства (ч. 4 ст. 42 Закону України «Про освіту»);

п. 2. Академічним плагіатом є:

2.1 Відтворення в тексті наукової роботи без змін, з незначними змінами, або в перекладі тексту іншого автора (інших авторів), обсягом від речення і більше, без посилання на автора (авторів) відтвореного тексту.

2.2. Відтворення в тексті наукової роботи, повністю або частково, тексту підгот-

Національне агентство із забезпечення
якості вищої освіти

№ 38-24-АД від 24.06.2024



автора (інших авторів) через його перефразування чи довільний переказ без посилання на автора (авторів) відтвореного тексту.

У кандидатській дисертації Пилипенко С.О. виявлені факти порушення академічної доброчесності, які підпадають під визначення академічного плагіату (пп. 1.2, 2.1 і 2.2 зазначених «Рекомендацій»), Національне агентство із забезпечен якості вищої освіти № 31-АД від 30.10.2023 р.

Виявлено, що дисертація Пилипенка С.О. містить повнотекстові збіги (плагіат) з докторською дисертацією його наукового керівника Крутька Євгена Миколайовича:

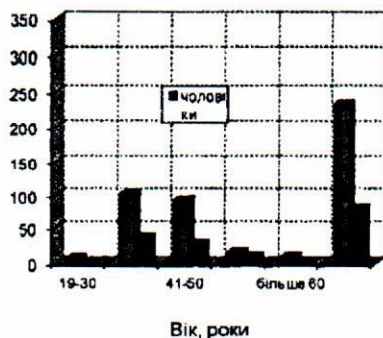
Крутько Євген Миколайович. Оптимізація заходів профілактики та методів інтенсивної терапії поліорганної дисфункції у постраждалих з політравмою тяжкого ступеню.: д. мед. н. : спец.. 14.01.30 - Анестезіологія та інтенсивна терапія: захищена 2015-10-20;. Державна установа "Інститут загальної та невідкладної хірургії НАМН України". – 0515U000842. <https://nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0515U000842/>.

Докторська дисертація Крутька Євгена Миколайовича nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0515U000842/ (захищено 20 жовтня 2015 р.)	Кандидатська дисертація Пилипенка Сергія Олександровича nrat.ukrintei.ua/searchdoc/0419U001055/ (захищено 18 грудня 2018 р.)
Стор. 46: 2.1. Характеристика постраждалих Робота заснована на результатах дослідження 316 постраждалих з тяжкими травмами , що проходили лікування у відділенні травматичного шоку ДУ "ІЗНХ ім. В.Т. Зайцева НАМН України" або відділенні політравми ХМКЛШНМД ім. О.І. Мещанінова м. Харкова в період з 2006 по 2012 рр.	Стор. 40: Робота заснована на результатах дослідження 60 онкохворих , що проходили лікування на базі хірургічного відділення, відділення анестезіології та інтенсивної терапії ДУ «Інститут медичної радіології ім. С.П. Григор'єва» м. Харкова в період з 2017 по 2018 роки.
Стор. 46: Усі постраждалі розділені на дві групи (рис. 2.1). У першу групу (порівняння) увійшов 131 постраждалий, з ретроспективним аналізом лікування політравми, ускладненої СПОД. В другу групу (основну) було включено 185 осіб, у яких провели проспективний аналіз формування і перебігу СПОД, а також ефективність розроблених методів лікування з використанням сучасних медичних технологій.	Стор. 40: Усі хворі розділені на дві групи (мал. 2.1). В першу групу (основна) увійшло 45 онкохворих з СВПВ, яка в свою чергу розподілена на дві підгрупи: 20 хворих без предопераційної підготовки та 25 хворих з предопераційною підготовкою, у яких провели проспективний аналіз формування і перебігу СВПВ, а також ефективності розроблених методів лікування та діагностики. В другу групу (порівняльну) було включено 15 онкохворих без СВПВ, а саме рак молочної залози та рак легені

Стор. 48:

48

Рис. 2.1 Схеми рандомізації постраждалих на групи

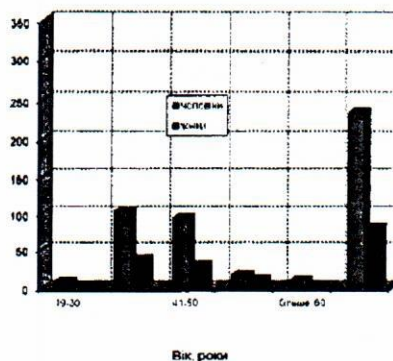


Стор. 41:

41

Групи були репрезентативні за статтю та віком, тяжкості стану в передопераційному періоді.

Малюнок 1.1



Стор. 153:

Найменший ризик при збільшенні тривалості ШВЛ мають постраждалі з розвинутим ГУЛ/ГРДС.

Таблиця 5.9

Фактори ризику при тривалості ШВЛ довші 14 діб

Параметри	ОШ	95% ДІ	P
Пневмонія	5,6	2,0 - 15,5	0,001
«Традиційний» режим ШВЛ	4,23	1,5 - 11,5	0,004
Бал за шкалою Глазго < 6	2,5	0,6 - 10	0,012
ГУЛ/ГРДС	1,9	0,8 - 4,9	0,05

Стор. 69:

Найменші ризики при збільшенні тривалості ШВЛ мають онкохворі з розвинутістю ГУЛ / ГРДС.

Таблиця 3.7

Фактори ризику при тривалості ШВЛ в післяопераційному періоді у онкохворих з СВІПВ

Параметри	ОШ	95% ДІ	P
Пневмонія в післяопераційному періоді	5,6	2,0 - 15,5	0,001
«Традиційний» режим ШВЛ	4,23	1,5 - 11,5	0,004
Бал за шкалою Глазго < 6	2,5	0,6 - 10	0,012
ГУЛ/ГРДС	1,9	0,8 - 4,9	0,05

Стор. 154:

Тривалість перебування постраждалих, що вижили, у ВРІТ склала $21,9 \pm 5,6$ і $15,75 \pm 2,9$ діб в I і II групах, відповідно ($p=0,002$). Ми визначили фактори ризику тривалості перебування постраждалих у ВРІТ більш 14 днів. Відносний ризик збільшення терміну лікування у ВРІТ при проведенні ШВЛ в «традиційному» режимі склав 2,0 (0,18 - 23,6) 95% ДІ, при порушенні свідомості < 6 балів за шкалою Глазго на 6 добу - 14,2 (1,8 - 113,9) 95% ДІ, при наявності у хворого НПШВЛ на 7 добу - 2,7 (0,9 - 6,7). Наявність у постраждалих ГУЛ не є ризиком збільшення терміну перебування у ВРІТ.

Стор. 69:

Тривалість перебування онкологічних хворих з СВІПВ, що вижили, у ВРІТ склала $21,9 \pm 5,6$ і $15,75 \pm 2,9$ діб в I і II групах, відповідно ($p=0,002$). Ми визначили фактори ризику тривалості перебування хворих з СВІПВ у ВРІТ більш 7 днів. Відносний ризик збільшення терміну лікування у ВРІТ при проведенні ШВЛ в «традиційному» режимі склав 2,0 (0,18 - 23,6) 95% ДІ, при порушенні свідомості < 6 балів за шкалою Глазго наб добу - 14,2 (1,8 - 113,9) 95% ДІ, при наявності у онкохворого НПШВЛ на 7 добу - 2,7 (0,9 - 6,7).

У постраждалих основної групи вихідний рівень свідомості склав $11,5 \pm 2,7$ балів, що клінічно відповідало сопору - оглушенню. На другу добу лікування рівень свідомості склав $12,1 \pm 2,3$ бали, з 3 по 7 добу відбувалося достовірне ($p < 0,05$) збільшення до $14,5 \pm 1,5$ балів, що клінічно відповідало помірному оглушенню.

У групі порівняння постраждалих вихідний ступінь пригнічення свідомості був вірогідно ($p < 0,01$) вище і складав $7,8 \pm 2,5$ балів, що клінічно відповідало глибокому сопору - кома I, залишаючись на цьому рівні до 3 доби - $7,5 \pm 1,5$ балів. З 3 по 7 добу, на тлі погіршення стану і прогресування СПОД рівень свідомості вірогідно ($p < 0,05$) знижувався і складав - $6 \pm 1,5$ балів, що клінічно відповідало - комі II.

Таким чином, у постраждалих основної групи на тлі проведення продовженої гемофільтрації прослідковується виразна позитивна динаміка відновлення рівня свідомості, у свою чергу у постраждалих групи порівняння відзначено вірогідно ($p < 0,05$) більш виражене пригнічення ступеня свідомості до рівня глибокого сопору - коми за весь період спостереження.

У постраждалих основної групи тяжкість стану і виразність СПОД за шкалою SOFA, у першу добу проведення постійної гемофільтрації склала - $12,9 \pm 3,3$ балів з достовірним ($p < 0,05$) зниженням до 3 доби до $10,3 \pm 2,1$, а до 7 доби - до $7,1 \pm 2,3$ балів. Клінічно це характеризувалося стабілізацією стану і регресом проявів СПОД, у першу чергу стабілізацією, починаючи з 2 доби, показників центральної гемодинаміки, газообмінної функції легенів і рівня свідомості.

У постраждалих групи порівняння тяжкість стану за шкалою SOFA у першу добу лікування була вище в порівнянні з пацієнтами, що вижили - $13,1 \pm 2,3$ балів, але ці відмінності не були достовірними ($p > 0,05$). У динаміці вже із другої доби спостереження, на тлі прогресування СПОД, і у першу чергу показників гемодинаміки, відзначено достовірне ($p < 0,05$) погіршення тяжкості стану до $16,5 \pm 2$ балів, а на 7 добу - до 19 ± 1 балів.

При аналізі взаємозв'язку тяжкості стану та виразності СПОД за шкалою SOFA достовірні відмінності відзначаються із 2 доби спостереження, становлячи у постраждалих обстежуваних груп - $12,7 \pm 1,5$ і $16,5 \pm 2$ балів, відповідно ($p < 0,001$).

Наявність у постраждалих серцево-судинної недостатності і потреби в інотропній підтримці гемодинаміки вірогідно значимо впливало на результат основного захворювання ($p < 0,001$).

У хворих основної групи вихідний рівень свідомості склав $11,5 \pm 2,7$ балів, що клінічно відповідало сопору - оглушенню. На другу добу лікування рівень свідомості склав $12,1 \pm 2,3$ бали, з 3 по 7 добу відбувалося достовірне ($p < 0,05$) збільшення до $14,5 \pm 1,5$ балів, що клінічно відповідало помірному оглушенню.

У групі порівняння хворих вихідний ступінь пригнічення свідомості був вірогідно ($p < 0,01$) вище і складав $7,8 \pm 2,5$ балів, що клінічно відповідало глибокому сопору - кома I, залишаючись на цьому рівні до 3 доби - $7,5 \pm 1,5$ балів. З 3 по 7 добу, на тлі погіршення стану і прогресування СПОД рівень свідомості вірогідно ($p < 0,05$) знижувався і складав - $6 \pm 1,5$ балів, що клінічно відповідало - комі II.

Таким чином, у хворих основної групи на тлі проведення лікування, позитивна динаміка відновлення рівня свідомості, у свою чергу у групи порівняння відзначено вірогідно ($p < 0,05$) більш виражене пригнічення ступеня свідомості до рівня глибокого сопору - коми за весь період спостереження.

У хворих основної групи тяжкість стану і виразність СПОД за шкалою SOFA, у першу добу проведення лікування склала - $12,9 \pm 3,3$ балів з достовірним ($p < 0,05$) зниженням до 3 доби до $10,3 \pm 2,1$, а до 7 доби - до $7,1 \pm 2,3$ балів. Клінічно це характеризувалося стабілізацією стану і регресом проявів СВВП, у першу чергу стабілізацією, починаючи з 2 доби, показників центральної гемодинаміки, газообмінної функції, ХОС, ФВ, ЦВД, АТ.

У хворих групи порівняння тяжкість стану за шкалою SOFA у першу добу лікування була вище в порівнянні з пацієнтами, що вижили - $13,1 \pm 2,3$ балів, але ці відмінності не були достовірними ($p > 0,05$). У динаміці вже із другої доби спостереження, на тлі лікування, і у першу чергу показників гемодинаміки, відзначено достовірне ($p < 0,05$) погіршення тяжкості стану до $16,5 \pm 2$ балів, а на 7 добу - до 19 ± 1 балів.

При аналізі взаємозв'язку тяжкості стану за шкалою SOFA достовірні відмінності відзначаються із 2 доби спостереження, становлячи у онкохворих обстежуваних груп - $12,7 \pm 1,5$ і $16,5 \pm 2$ балів, відповідно ($p < 0,001$).

Наявність у онкологічних хворих з серцево-судинної недостатності і потреби в інотропній підтримці гемодинаміки вірогідно значимо впливало на результат основного захворювання ($p < 0,001$).

Стор. 179:

Оцінку впливу продовженої гемодіалізації на стан центральної гемодинаміки проводили з 1 по 7 добу проведення з використанням шкали Гіксга (рис. 6.13)

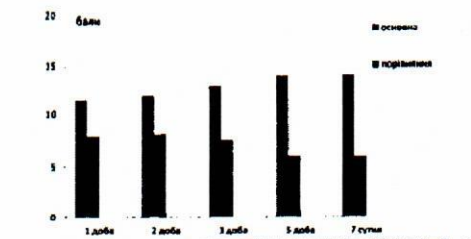


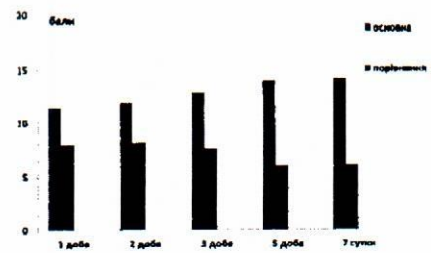
Рис. 6.13. Динаміка оцінки рівня гемодинаміки за шкалою Гіксга (Мед)

Примітки: * - відмінності між групами дослідів ($p < 0.05$); ** - відмінності з даними 1 доби дослідів ($p < 0.05$)

Стор. 76:

Малюнок 4.1

Динаміка оцінки рівня гемодинаміки за шкалою Гіксга (Мед)



Примітки: * - відмінності між групами дослідів ($p < 0.05$); ** - відмінності з даними 1 доби дослідів ($p < 0.05$)

Стор. 180:

Оцінку впливу продовженої гемодіалізації на виразність СПОД при II бронхіті з 1 по 7 добу проводили з використанням шкали SOFA (рис. 6.2)

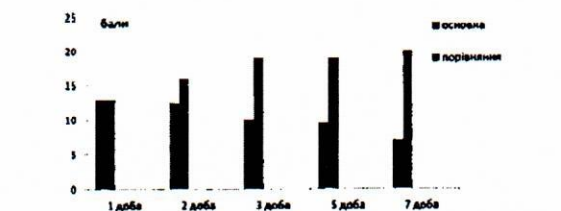


Рис. 6.2. Динаміка виразності СПОД за шкалою SOFA (Мед)

Примітки: * - відмінності між групами дослідів ($p < 0.05$); ** - відмінності з даними 1 доби дослідів ($p < 0.05$)

Стор. 77:

Таким чином, у онкологічних хворих основної групи на тлі проведення лікування, прослідковується виразніша гемодинамічна динаміка з відношеннями рівня гемодинаміки

Оцінку впливу продовженої гемодіалізації на виразність СПОД при II бронхіті з 1 по 7 добу проводили з використанням шкали SOFA (мал. 4.2)

Малюнок 4.2

Динаміка оцінки за шкалою SOFA (Мед)



Примітки: * - відмінності між групами дослідів ($p < 0.05$); ** - відмінності з даними 1 доби дослідів ($p < 0.05$)

Стор. 181:

венозного заповнення ($p < 0.001$). Наведено відношення площі продовженої гемодіалізації на дослідний центральної гемодинаміки і потреби в проведених вентрилі і венозних підтримках з 1 по 7 добу лікування (рис. 6.3)



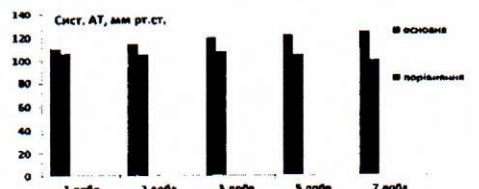
Рис. 6.3. Динаміка площі вентрилі центральної гемодинаміки і потреби в проведених вентрилі і венозних підтримках з 1 по 7 добу лікування (Мед)

Примітки: * - відмінності між групами дослідів ($p < 0.05$); ** - відмінності з даними 1 доби дослідів ($p < 0.05$)

Стор. 78:

Малюнок 4.3

Динаміка зміни систолічного артеріального тиску на тлі вентрилі і венозних підтримок (Мед)



Примітки: * - відмінності між групами дослідів ($p < 0.05$); ** - відмінності з даними 1 доби дослідів ($p < 0.05$)

Стор. 182:

на тлі проведення лікування з 1 по 7 добу лікування з 1 по 7 добу лікування (рис. 6.4)

З огляду на це, групи порівняння рівня систолічного артеріального тиску з 1 по 7 добу лікування була трохи вище: 106.1 ± 12.1 мм рт.ст. у порівнянні з основною групою, де він становив 100.6 ± 10.1 мм рт.ст. ($p < 0.05$). Наведено відношення площі продовженої гемодіалізації на дослідний центральної гемодинаміки і потреби в проведених вентрилі і венозних підтримках з 1 по 7 добу лікування (рис. 6.5)

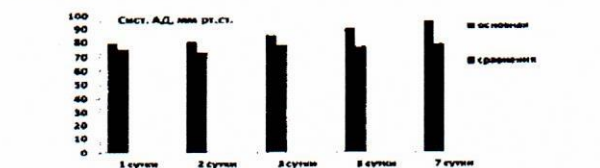


Рис. 6.4. Динаміка площі вентрилі центральної гемодинаміки і потреби в проведених вентрилі і венозних підтримках з 1 по 7 добу лікування (Мед)

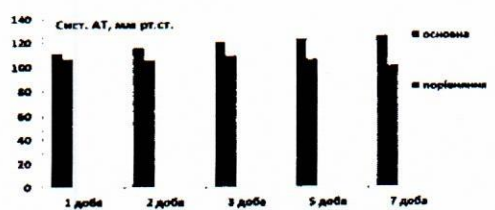
Примітки: * - відмінності між групами дослідів ($p < 0.05$); ** - відмінності з даними 1 доби дослідів ($p < 0.05$)

Стор. 79:

Наведені у онкологічних хворих з СВПВ середньосудинної недостатності, потреби в вентрилі, підтримці, гемодинаміки, вірогідно, значимо впливало на результати основного захворювання ($p < 0.001$). Наведено відношення площі продовженої гемодіалізації на дослідний центральної гемодинаміки і потреби в проведених вентрилі і венозних підтримках з 1 по 7 добу лікування (рис. 6.6)

Малюнок 4.3

Динаміка зміни систолічного артеріального тиску на тлі вентрилі і венозних підтримок (Мед)



Примітки: * - відмінності між групами дослідів ($p < 0.05$); ** - відмінності з даними 1 доби дослідів ($p < 0.05$)

У дисертаційній роботі Пилипенко С.О. є ознаки фальсифікації даних.

Так, маючи абсолютно різні вибірки хворих (у дисертації Крутька Є.М. – 316 постраждалих з тяжкими травмами, у дисертації Пилипенка С.О. – 60 онкохворих), які проходили лікування в різний час у різних лікувальних установах м. Харкова, виявились абсолютно ідентичними за віковим розподілом, і більше того – мали однакові показники біохімічних та функціональних досліджень.

Наявні збіги текстів без зазначення посилань порушують вимоги, встановлені статтею 42 Закону України «Про освіту» щодо академічної доброчесності, а також порушують дійсні на момент захисту (2017 рік) вимоги «Порядку присудження наукових ступенів», затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 24 липня 2013 р. № 567: «9. Дисертація на здобуття наукового ступеня є кваліфікаційною науковою працею, виконаною особисто здобувачем у вигляді спеціально підготовленого рукопису або опублікованої монографії. Підготовлена до захисту дисертація повинна містити висунуті здобувачем науково обґрунтовані теоретичні або експериментальні результати, наукові положення, а також характеризуватися єдністю змісту і свідчити про особистий внесок здобувача в науку.»

«14. ... У разі виявлення текстових запозичень, використання ідей, наукових результатів і матеріалів інших авторів без посилання на джерело дисертація знімається з розгляду незалежно від стадії проходження без права її повторного захисту.

Виявлення в дисертації, авторів якої вже видано диплом доктора чи кандидата наук, текстових запозичень без посилання на джерело, є підставою для прийняття рішення про позбавлення його наукового ступеня.»

Згідно з Законом України «Про освіту» від 05.09.2017 № 2145-VIII (редакція Закону «Про освіту» чинної на момент захисту дисертації від 05.09.2017):

4. Порушенням академічної доброчесності вважається:

«...3) **фабрикація** – вигадкування даних чи фактів, що використовуються в освітньому процесі або наукових дослідженнях;

4) **фальсифікація** – свідомо зміна чи модифікація вже наявних даних, що стосуються освітнього процесу чи наукових досліджень;

5) **списування** – виконання письмових робіт із залученням зовнішніх джерел інформації, крім дозволених для використання, зокрема під час оцінювання результатів навчання...»

На підставі викладеного порушую перед НАЗЯВО клопотання:

1. Розглянути питання щодо **академічного плагіату в дисертації Пилипенка С.О.** на здобуття ступеня кандидата наук, провівши аналіз наведених фактів текстових збігів, та прийняти рішення щодо виявлення/невиявлення у дисертації Пилипенка С.О. фактів порушення академічної доброчесності.
2. У випадку підтвердження фактів порушень Пилипенком С.О. академічної доброчесності звернутися до Міністерства освіти і науки України з вимогою щодо необхідності позбавлення Пилипенка С.О. наукового ступеня кандидата медичних наук.

Додатки:

1. Порівняльна таблиця із наведенням фрагментів дисертації Пилипенка С.О. та дисертації Крутька Є.М. у форматі .docx та .pdf
2. Електронна копія дисертації Пилипенка Є.М. у форматі .pdf
3. Електронна копія джерела неправомочного запозичення – дисертації Крутька Є.М. у форматі .pdf

24 червня 2024 р.

Галина КУЛІНІЧ